

## ຄວາມຍິນຍອມ CONSENT

ໃບແຈ້ງການຕໍ່ລູກຄ້າ: ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ (DSHS) ສາມາດຊ່ວຍທ່ານດີຂຶ້ນ ຖ້າພວກເຮົາສາມາດເຮັດວຽກຮ່ວມກັບອົງການອື່ນໆແລະນັກວິຊາຊີບອື່ນໆທີ່ຮູ້ຈັກກັບທ່ານແລະຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໂດຍການເຊັນໜັງສືສົມຍອມນີ້, ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ (DSHS) ແລະອົງການອື່ນໆ, ນັກວິຊາຊີບອື່ນໆ, ແລະຜູ້ທີ່ມີຢູ່ລຸ່ມນີ້ເພື່ອໃຊ້ແລະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານ. ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ (DSHS) ບໍ່ສາມາດປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆແກ່ທ່ານຖ້າທ່ານຫາກບໍ່ເຊັນໜັງສືສົມຍອມນີ້ ເວັ້ນແສ້ງແຕ່ການສົມຍອມຂອງທ່ານຫາກຕ້ອງການເພື່ອເພີ່ມຂຶ້ນໃນການໂອກາດໃດໜຶ່ງທີ່ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫາກບໍ່ເຊັນໜັງສືສົມຍອມນີ້, ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ (DSHS) ບັງອາດແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານໃນຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການທີ່ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ (DSHS) ແລະປ່ຽນຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານ ຫລືສິດທິສ່ວນຕົວຂອງທ່ານແນວໃດນັ້ນ, ກະຣຸນາອ່ານເບິ່ງໃບແຈ້ງການເຮືອງການປະຕິບັດຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ຫລືຖາມຜູ້ທີ່ເຮືອງການສົມຍອມນີ້ໃຫ້ທ່ານ.

<b>ຂໍ້ມູນສູດບຶງຕົວລູກຄ້າ:</b>			
ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະຈຳຕົວ	
ບ່ອນຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ເລກໂທລະສັບ (ພ້ອມເອເຣັດໂຄດ)	ຂໍ້ມູນອື່ນ		

**ຄວາມສົມຍອມ:**

ຂ້າພະເຈົ້າສົມຍອມໃຫ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃນກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກເພື່ອວາງແຜນ, ອຳນວຍ, ແລະກຳກັບການບໍລິການ, ການຮັກສາພະຍາບານ, ການຈ່າຍເງິນ, ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆແກ່ຂ້າພະເຈົ້າຫລືເມື່ອຈຸດປະສົງຢ່າງອື່ນທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້. ນອກນີ້ຂ້າພະເຈົ້າຍັງອະນຸຍາດໃຫ້ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກແລະອົງການຕ່າງໆທີ່ຮະບຸຊື່ລຸ່ມນີ້, ຜູ້ໃຫ້ການດູແລ, ຫລືບຸກຄົນເພື່ອໃຊ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າແລະເປີດເຜີຍຕໍ່ກັນແລະກັນເມື່ອຈຸດປະສົງເຫຼົ່ານີ້. ຂໍ້ມູນອາດແລກປ່ຽນກັນທາງປາກເປົາຫລືດ້ວຍການໃຊ້ສະຖິຕິທາງຄອມພິວເຕີ, ທາງໄປສະນີ, ຫລືສິ່ງດ້ວຍມິຕິນເອງ.

ກະຣຸນາໝາຍຢູ່ລຸ່ມນີ້ທັງໝົດວ່າອາກາດກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກແລ້ວ ແມ່ນໃຜແດ່ທີ່ຮວມຢູ່ໃນການສົມຍອມນີ້ ແລະພ້ອມທັງໃຫ້ບັງຮາຍລະອຽດໂດຍບອກຊື່ແລະຜູ້ດ້ວຍ.

ຜູ້ໃຫ້ການຮັກສາບໍລິການສຸຂະພາບຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໃຫ້ການຮັກສາບໍລິການສຸຂະພາບຈິດຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໃຫ້ການຮັກສາບໍລິການທຶດປາເສບຕິດຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການອື່ນໆທີ່ໄດ້ເຊັນສັນຍາຈ້າງກັບກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງກັດຢູ່ໃນໂຄງການເຮືອນຫລວງ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງກັດຢູ່ໃນໝວດໂຮງຮຽນຫລືສະຖາບັນວິທະຍາໄລຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ພະແນກກັກຂັງຄົນໂທດ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງກັດຢູ່ໃນໂຄງການຮັບປະກັນວຽກງານພ້ອມທັງຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນວົງການວຽກງານຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງກັດຢູ່ໃນໂຄງການຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພສັງຄົມພ້ອມທັງອົງການຮັຖບານກາງ: \_\_\_\_\_

ໃຫ້ເບິ່ງບັນຊີລາຍຊື່ທີ່ຕິດຂັດມາພ້ອມນີ້

ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ອະນຸຍາດແລະສົມຍອມເພື່ອແລກປ່ຽນເອກະສານແລະຂໍ້ມູນ (ໃຫ້ໝາຍຂໍ້ທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ):

ບັນທຶກເອກະສານທັງໝົດຂອງລູກຄ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ບັນທຶກເອກະສານທັງໝົດຕາມຮາຍຊື່ທີ່ຕິດຂັດມາ

ພຽງແຕ່ບັນທຶກເອກະສານທີ່ກ່າວຢູ່ລຸ່ມນີ້:

<input type="checkbox"/> ບັນທຶກເອກະສານປັດຄອບຄົວ, ສັງຄົມ, ແລະວຽກງານ	<input type="checkbox"/> ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ	<input type="checkbox"/> ການປົວປັບຫລືແຜນຮັກສາດູແລ
<input type="checkbox"/> ບັນທຶກເອກະສານການຈ່າຍຫລືຮັບເງິນ	<input type="checkbox"/> ການທົດສອບສ່ວນບຸກຄົນ	<input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນ, ການສຶກສາ, ແລະການຝຶກອົບຮົມ
<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____		

**ກະຣຸນາສັງເກດວ່າ:** ຖ້າບັນທຶກເອກະສານຂອງລູກຄ້າຂອງທ່ານຮວມຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງຢູ່ລຸ່ມນີ້, ທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກສ່ວນນີ້ ເພື່ອຮວມເຖິງເອກະສານຕ່າງໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ອະນຸຍາດເພື່ອເປີດເຜີຍເອກະສານຢູ່ລຸ່ມນີ້ (ໃຫ້ໝາຍຂໍ້ທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ):

ສຸຂະພາບຈິດ  ຜົນກວດສອບຕ່າງໆ, ກວດອາການ, ຫລືການປົວປັບໂຮກເອັຈໄອວີ/ໂຮກເອັດສ໌ແລະກາມະໂຮກ (HIV/AIDS ຫລື STD)  ການບໍລິການທຶດປາເສບຕິດຕ່າງໆ

- ການອະນຸຍາດນີ້ຈະມີອາຍຸໃຊ້ໄດ້ເຖິງ  ໜຶ່ງປີ  ດົນເທົ່າທີ່ກົມ DSHS ຕ້ອງການບັນທຶກ, ຫລື  ຈົນເຖິງ \_\_\_\_\_ (ວັນທີ ຫລື ເສດການ).
- ການສົມຍອມນີ້ອາດຖອນຫລືຍົກເຖົ້າການຂີດຂຽນຍາມໃດກໍໄດ້, ແຕ່ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ການແລກປ່ຽນໄປແລ້ວ.
- ເວົ້າຢ່າງວ່າເອກະສານຕ່າງໆທີ່ແຈກຢາຍໄປນັ້ນບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍທີ່ໝູນໃຊ້ກັບກົມ DSHS.
- ສຳເນົາໜັງສືສະບັບນີ້ຖືວ່າໃຊ້ເປັນການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແບ່ງປັນບັນທຶກເອກະສານຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງອົງການຕິດຕໍ່ພະຍາບານ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າ (ຖ້າມີ)		ເລກໂທລະສັບ (ພ້ອມເອເຣັດໂຄດ)	ວັນທີ

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນເຈົ້າຂອງເອກະສານ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນໄດ້, ຍ້ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ, (ໃຫ້ຕິດຂັດໃບອະນຸຍາດພ້ອມ).

ພໍ່ແມ່  ຜູ້ດູແລຕາມກົດໝາຍ (ໃຫ້ຕິດຂັດຄຳສັ່ງສານພ້ອມ)  ຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນຕົວ  ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ແຈ້ງການຕໍ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ: ຖ້າບັນທຶກເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ຫາກບັນຈຸຂໍ້ມູນເຮືອງໂຮກເອັຈໄອວີ, ກາມະໂຮກ, ຫລືໂຮກເອັດ (HIV, STDs, ຫລືໂຮກ AIDS) ທ່ານບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນັ້ນຕໍ່ຮ່ວມອີກໂດຍບໍ່ມີອະນຸຍາດສະເພາະພິເສດ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບປາເສບຕິດຫລືເຫຼົ້າເກີນສ່ວນຈາກລູກຄ້າ, ທ່ານຕ້ອງຮວມການກ່າວດັງຕໍ່ລົງໄປນີ້ ເມື່ອຕ້ອງການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຕາມກົດໝາຍມາດຕາ 42 CFR 2.32:

ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ເປີດເຜີຍຕໍ່ທ່ານຈາກບັນທຶກທີ່ປົກປ້ອງໂດຍກົດໝາຍການຮັກສາຄວາມລັບສ່ວນຕົວມາດຕາ (42 CFR ພາກ 2). ກົດໝາຍຮັຖບານກາງຊຳມານເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ເວັ້ນແສ້ງແຕ່ການເປີດເຜີຍຫາກສະແດງອອກທາງການຂີດຂຽນເພື່ອໃຫ້ຄຳສົມຍອມແກ່ບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວພັນຫລືຕາມການອະນຸຍາດໃນກົດໝາຍມາດຕາ 42 CFR ພາກ 2. ການອະນຸຍາດທົ່ວໄປເພື່ອຍ້ອມຂໍ້ມູນຂອງມູນຊົນຫລືຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ບໍ່ພຽງພໍຕໍ່ຈຸດປະສົງນີ້. ກົດໝາຍຮັຖບານກາງໄດ້ເຮັດຄັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງເພື່ອການສືບສວນຄະດີຫລືມີຜົນໄທດຄົນໄຂ້ທີ່ຕິດເຫຼົ້າຫລືຕິດປາເສບຕິດ.

## ຄຳແນະນຳການຕື່ມໜັງສືສົມບອມ

ຈຸດປະສົງ: ໃຫ້ໃຊ້ຮ່າງໃບຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ເມື່ອທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄວາມສົມບອມເພື່ອໃຊ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງກັນກ່ຽວກັບລູກຄ້າຜູ້ໜຶ່ງພາຍໃນກົມ DSHS ຫລືເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນັ້ນແກ່ອົງການອື່ນໆເພື່ອກຳກັບການບໍລິການຕ່າງໆ, ຫລືການປົນປົງ, ການຮັບຫລືຈ່າຍເງິນຫລືການດຳເນີນງານຂອງອົງການຫລືເພື່ອຈຸດປະສົງຢ່າງອື່ນທີ່ຮັບຮູ້ດ້ວຍກົດໝາຍ. ຄຳວ່າລູກຄ້າ ໝາຍເຖິງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຈາກກົມ DSHS ທົ່ວໄປ.

ວິທີໃຊ້: ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ໃຫ້ຕື່ມໃບອະນຸຍາດນີ້ໂດຍທາງອີເລັກໂທຣນິກ ເພື່ອໃຫ້ອ່ານງ່າຍ. ໜັງສືອະນຸຍາດດັ່ງກ່າວນີ້ຕ້ອງຕື່ມແຕ່ລະໃບແຍກກັນສະເພາະລູກຄ້າແຕ່ລະຄົນຊຶ່ງຮວມເຖິງເດັກນ້ອຍດ້ວຍ. ຄຳວ່າ “ທ່ານ” ໃນຄຳແນະນຳຕ່າງໆ, ໝາຍເຖິງພະນັກງານຂອງກົມ DSHS ແລະຄຳວ່າ “ທ່ານ” ໃນໃບຄຳຮ້ອງ, ໝາຍເຖິງລູກຄ້າ. ການແບ່ງປັນເອກະສານຮວມເຖິງການໃຊ້, ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເຮືອງສ່ວນຕົວຂອງລູກຄ້າ.

ສ່ວນຕ່າງໆຂອງໃບຄຳຮ້ອງ:

### ການຊີ້ບັງລັກສນະ:

- ຊື່: ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງລູກຄ້າແຕ່ຜູ້ດຽວທີ່ນັ້ນໃນໃບຄຳຮ້ອງແຕ່ລະໃບ. ຮວມເຖິງຊື່ອິນຊີທີ່ອາດເຄີຍໄດ້ໃຊ້ເວລາຮັບການບໍລິການຕ່າງໆ.
- ວັນເດືອນປີເກີດ: ເປັນສິ່ງຈຳເປັນເພື່ອຈຳແນກລູກຄ້າທີ່ອາດມີຊື່ຄ້າຍຄືກັນ.
- ເລກປະຈຳຕົວ: ໃຫ້ບອກເລກປະຈຳຕົວຫລືເລກຢັ້ງຢືນຢ່າງອື່ນ ເຊັ່ນເລກປະກັນສັງຄົມ(Social Security Number) (ບໍ່ບັງຄັບ) ເພື່ອຊ່ວຍຄົ້ນເອກະສານໄດ້ງ່າຍແລະຕິດຕາມປັດແລະການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບ.
- ບ່ອນຢູ່ແລະເລກໂທຣະສັບ: ເປັນຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ຈະຊ່ວຍໃນການຊອກຄົ້ນແລະຢັ້ງຢືນຫລືຕິດຕໍ່ກັບລູກຄ້າ.
- ອື່ນໆ: ໃຫ້ຮວມຕື່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃສ່ຊ່ອງນີ້ທີ່ອາດຊ່ວຍເພື່ອຄົ້ນພົບເອກະສານ ຊຶ່ງອາດຮວມເຖິງພາກສ່ວນຂອງການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກົມ DSHS, ຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ, ຫລືຂໍ້ມູນທີ່ພົວພັນກັນຢ່າງອື່ນ.

### ຄວາມສົມບອມ (ການອະນຸຍາດຕ່າງໆ):

- ອົງການຫລືບຸກຄົນທີ່ແລກປ່ຽນເອກະສານຕ່າງໆ: ລູກຄ້າຕື່ມໃບອະນຸຍາດນີ້ຢ່າງຄົບຖ້ວນແມ່ນອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ແລະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນລັບສ່ວນຕົວພາຍໃນກົມ DSHS. ກົມ DSHS ສາມາດເປີດເຜີຍຕໍ່ແລະຮັບຂໍ້ມູນລັບສ່ວນຕົວຈາກອົງການຕ່າງໆ ຫລືບຸກຄົນພາຍນອກທີ່ມີຊື່ໃນບັນຊີ. ໃຫ້ຂໍ້ມູນຢັ້ງຢືນບົ່ງບອກອົງການຫລືບຸກຄົນຕ່າງໆດ້ວຍການບອກຊື່, ບອກບ່ອນຢູ່, ຫລືສະຖານທີ່ ຖ້າເປັນໄປໄດ້. ທ່ານຍັງອາດຕິດຮັດຮາຍຊື່ຂອງອົງການຕ່າງໆທີ່ໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນທີ່ລູກຄ້າຕ້ອງໄດ້ເຊັນຄືກັນ.
- ຂໍ້ມູນທີ່ກວມຮວມ: ລູກຄ້າຕ້ອງຢັ້ງຢືນອກວ່າບັນທຶກໃດທີ່ຮວມໃນການອະນຸຍາດ. ລູກຄ້າອາດອັດສຳເນົາເອກະສານຕຽມໄວ້ພ້ອມ ຫລືອາດຈຳກັດເອກະສານດ້ວຍການລົງວັນທີ, ຊະນິດ ຫລືແຫລ່ງຂອງເອກະສານ. ຖ້າລູກຄ້າບໍ່ເຊັນໜັງສືອະນຸຍາດ ຫລືບໍ່ບອກສ່ວນສະເພາະຂອງເອກະສານ, ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນແມ່ນອະນຸຍາດເຮັດໄດ້ ຖ້າຫາກກົດໝາຍອະນຸມັດ. ທ່ານອາດຕິດຮັດຮາຍຊື່ຂອງເອກະສານຕ່າງໆທີ່ຮັບອະນຸຍາດຊຶ່ງລູກຄ້າຈຳເປັນຕ້ອງລົງລາຍເຊັນຄືກັນ. ຖ້າເອກະສານໃດບັນຈຸຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈິດ (RCW 71.05.620), ການກວດຫລືພະຍາບານໂຮກເອຈໂອວິໂຮກເອດສ໌, ກາມະໂຮກ (RCW 70.24.105), ຫລືການບໍລິການຕິດເຫລົ້າແລະຢາເສບຕິດ (42 CFR 2.31(a)(5)), ລູກຄ້າຕ້ອງໝາຍຈຸດໃດໜຶ່ງໃນຈຳນວນນີ້ຢ່າງເຈາະຈົງເພື່ອແລກປ່ຽນເອກະສານ. ໜັງສືອະນຸຍາດນີ້ຈະຮວມບັນທຶກເຮືອງການບຳບັດສຸຂະພາບຈິດບໍ່ໄດ້ຕາມກົດໝາຍມາດຕຣາ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ແລະຕ້ອງຕື່ມໜັງສືອະນຸຍາດຕ່າງໆອີກເພື່ອຮວມເອົາເອກະສານເຫລົ່ານັ້ນເອົານຳ.
- ຊ່ວງໄລຍະເວລາ: ຮວມມື້ທີ່ໃບອະນຸຍາດໝົດອາຍຸໃນຈຸດປະສົງການບໍລິການຕ່າງໆໃນໂຄງການຂອງທ່ານດັ່ງທີ່ອະນຸມັດຕາມກົດໝາຍ.
- ຄວາມເອົາໃຈ: ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລູກຄ້າເອົາໃຈວ່າການອະນຸຍາດໃດທີ່ຖືກອະນຸມັດໃຫ້ແລະຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງປັນແລະໃຊ້ເຮັດຫຍັງເປັນຫຍັງຈຶ່ງແບ່ງປັນ. ຖ້າຈຳເປັນ ໃຫ້ຕິດຮັດໃບອະນຸຍາດທີ່ຖືກແບ່ງປັນ ພ້ອມທັງນາຍພາສາຫລືອ່ານໜັງສືອະນຸຍາດໃຫ້. ຖ້າລູກຄ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ເອົາສຳນວນໜັງສືແຈ້ງການໆໃຫ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງກົມ DSHS ນັ້ນໃຫ້ ຫລືສເນີລູກຄ້າໃຫ້ພົບກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເຮືອງການເພີ່ມເຮືອງສ່ວນຕົວໃຫ້ສາທາຣະນະຊົນໃນໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.

### ລາຍເຊັນຕ່າງໆ:

- ລູກຄ້າ: ໃຫ້ລູກຄ້າຫລືເດັກນ້ອຍກະສຽນອາຍຸຮັບອະນຸຍາດ (13 ປີ ສຳລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດພ້ອມບັນຫາຕິດເຫລົ້າແລະຢາເສບຕິດ, ອາຍຸ 14 ປີ ສຳລັບການບໍລິການດ້ານໂຮກເອຈໂອວິໂຮກເອດສ໌ແລະກາມະໂຮກອື່ນໆ, ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸເຮືອງການຄຸມກຳເນີດແລະການແຕ້ງລູກ, 18 ປີ ສຳລັບການປະກັນໄພສຸຂະພາບແລະເອກະສານອື່ນໆ). ໃຫ້ເຊັນຢູ່ຊ່ອງນີ້ແລະໃຫ້ລົງວັນທີທີ່ເຊັນ. ລູກຄ້າອາດແທນການໝາຍໃນຊ່ອງລາຍເຊັນທີ່ທ່ານເປັນພະຍານ.
- ການຕິດຕໍ່ກັບອົງການ ຫລື ພະຍານ: ທ່ານຈະຕ້ອງເຊັນຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ສະເໜີຫລືອະທິບາຍໜັງສືນີ້ໃຫ້ລູກຄ້າ. ກະຊວງບອກເລກໂທຣະສັບຂອງທ່ານໄວ້ນຳ. ຖ້າລູກຄ້າຈະເຊັນໜັງສືຮ່າງຈາກສະຖານທີ່ທຸຣະກິດ, ໃຫ້ແນະນຳໃຫ້ລູກຄ້າບອກໃຫ້ພະຍານເຊັນຊື່ໃນຫ້ອງນີ້ ແລະບອກເລກໂທຣະສັບໄວ້ພ້ອມ. ລາຍເຊັນປະທັບຕຣາເພື່ອສາທາຣະນະໃຊ້ເປັນພະຍານໃນການເຊັນຊື່ຂອງລູກຄ້າໄດ້ຄືກັນ.
- ພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າອື່ນ: ຖ້າລູກຄ້າເປັນເດັກທີ່ຕຳກວ່າອາຍຸໃຫ້ການສົມບອມ, ພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ປົກຄອງຕ້ອງເຊັນຊື່. ຖ້າເດັກບໍ່ມີອາຍຸຖືກຕາມເງື່ອນໄຂການໃຫ້ຄວາມສົມບອມເພື່ອແບ່ງປັນເອກະສານຕ່າງໆ, ຫ້ອງລົງ ເດັກພ້ອມທັງພໍ່ແມ່ຕ້ອງເຊັນ. ຖ້າເດັກຫາກຖືກແຈ້ງຕາມກົດໝາຍວ່າບໍ່ມີສະນິດຕະພາບ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງທີ່ຖືກສານແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຕ້ອງໄດ້ເຊັນ ແລະພ້ອມທັງຢືນຄຳສັ່ງທີ່ສານແຕ່ງຕັ້ງພ້ອມ. ຖ້າຜູ້ໃດຫາກເຊັນຊື່ໃນຮູບການອື່ນ (ຮວມຜູ້ທີ່ມີອຳນາດທະນາຍຄວາມ, ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າທາງສົມບັດທີ່ດິນ), ໃຫ້ໝາຍວ່າ “ຜູ້ອື່ນ” ແລະໃຫ້ເອົາສຳເນົາໜັງສືຢັ້ງຢືນການມີອຳນາດໃຫ້ເຮັດໄດ້. ຜູ້ທີ່ເຊັນ ຕ້ອງລົງວັນທີກັບລາຍເຊັນແລະໃຫ້ເລກໂທຣະສັບຫລືວ່າວ່າຂໍ້ມູນເພື່ອການຕິດຕໍ່.